

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 31

DES AVANTAGES
DU
DRAINAGE AU MICKULICZ
DANS CERTAINES HYSTÉRECTOMIES DIFFICILES
(Wertheim-Pelvi-péritonites-pyosalpinx)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 décembre 1929

PAR

Georges-René-Alfred-Lucien BERGOUGNOUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à TOULON (Var), le 13 avril 1903.

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	} Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 31

DES AVANTAGES
DU
DRAINAGE AU MICKULICZ
DANS CERTAINES HYSTÉRECTOMIES DIFFICILES
(Wertheim-Pelvi-péritonites-pyosalpinx)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 décembre 1929

PAR

Georges-René-Alfred-Lucien BERGOUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à TOULON (Var), le 13 avril 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale VERGER.	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. CASSAET.	Médecine expérimentale MAURIAC.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
id. BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales. CARLES.	Clinique gynécologique GUYOT.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale DENIGÈS.
Anatomie VILLEMIN	Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie. PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. PORTMANN.
Chimie. CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée. LABAT.
Potanique et matière médicale BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. SELLIER.
Pharmacie. DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUBECQ.	Chirurgie générale PAPIN.
Histologie. LACOSTE.	id. JEANNENEY.
Anatomie pathologique MURATET.	id. CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles. R. SIGALAS.	id. LOUBAT.
Médecine générale. CREYX.	Obstétrique PERY.
id. N.	id. N.
id. AUBERTIN.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie. JOULIA.
id. PIÉCHAUD.	Pharmacie GOLSE.
Maladies mentales. PERRENS.	

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIÉ.	Puériculture N.
Médecine opératoire PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. N.
Accouchements PERY.	Pharmacie chimique GOLSE.
Ophtalmologie. CABANNES.	Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance infinie pour tout
ce que je lui dois.

A MA GRAND'MERE

Comme preuve de reconnaissance pour
toute l'affection dont elle m'a toujours
entouré.

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'académie,
Croix de guerre.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Saint-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique

Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse, nous le prions d'agréer nos plus
vifs remerciements.

AVANT-PROPOS

Resté jusqu'à ce jour plus « étudiant » que médecin, un tournant de notre carrière nous fait rompre totalement avec cette vie où l'insouciance voisinait bien souvent avec l'âpre travail. *Alea jacta est.*

Nous ne quittons pas Bordeaux avec grand regret et si nous nous souvenons avec quelque émotion d'agréables moments passés dans cette faculté laborieuse où nous avons été disciple souvent inattentionné de maîtres accueillants, il est un moment où il tarde à l'étudiant de se rendre au plus haut de la côte que représentent pour lui cinq longues années d'études et résolument assurer sur ses épaules, sans s'attarder à le soupeser, le fardeau de bon grain lentement amassé.

Côte un peu aride, certes, mais au long de laquelle, en face de bien des misères humaines qui nous faisaient confiance, nous avons déjà récolté bien des satisfactions morales.

Nous manquerions cependant à tous nos devoirs si nous omettions de tourner notre gratitude vers tous ceux qui ont assumé la tâche ingrate de nous inculquer cette rigueur scientifique vers laquelle doit tendre l'art de la médecine.

Aux Professeurs de l'Ecole annexe de Toulon, nos premiers éducateurs, à ceux de l'Ecole de Santé navale et coloniale, nous disons un grand merci. Une plus grande part de notre reconnaissance va aux maîtres de la Faculté qui nous ont témoigné leur sympathie.

Elle va particulièrement à M. le Professeur Guyot qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance ainsi que son chef de clinique, M. le Docteur Villar, et ses assistants.

Que tous ceux enfin dont nous avons recueilli avec fruits

l'enseignement dévoué reçoivent ici, pour avoir guidé de leurs lumières nos pas bien souvent hésitants, nos sincères remerciements.

Qu'il nous soit permis de terminer en citant quelques lignes du serment de Montpellier, à la formule antique assurément, mais admirable et jamais désuète :

« Je donnerai mes soins gratuits aux indigents et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

» Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

» Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »

DES AVANTAGES

DU

DRAINAGE AU MICKULICZ

DANS CERTAINES HYSTÉRECTOMIES DIFFICILES

(Wertheim-Pelvi-péritonites-pyosalpinx)

INTRODUCTION

Depuis plus de quarante ans, toutes les célébrités de la science ont discuté sur la grande question du drainage abdominal en chirurgie. La méthode de drainage à la Mickulicz a été remise à l'ordre du jour par M. le Professeur J.-L. Faure et appliquée un peu partout, notamment à la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. Elle a donné d'excellents résultats; aussi sur les conseils de notre Maître, le Professeur Guyot, nous avons essayé, dans ce modeste travail, d'en étudier les avantages dans certaines opérations gynécologiques difficiles (Wertheim, pelvipéritonites, pyosalpinx double).

Nos observations proviennent toutes de la Clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. Nous espérons ainsi montrer que parmi toutes les méthodes de drainage employées, le Mickulicz ne doit pas être délaissé, mais qu'au contraire sa pratique est tout indiquée dans certains cas.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LE DRAINAGE EN CHIRURGIE

La clinique et les recherches expérimentales démontrent surabondamment combien il est important de dessécher complètement la cavité péritonéale. Les opérateurs qui ont obtenu les meilleurs résultats sont ceux qui volontairement ou non s'appliquaient à faire une soigneuse toilette du péritoine, afin de débarrasser cette cavité séreuse de toutes les substances putrescibles qui pourraient y être accumulées et d'obtenir une hémostase parfaite.

Les belles expériences de Wegener nous ont appris que les liquides de l'organisme mêlés à des germes ne subissent en aucun point du corps une fermentation aussi rapide que dans la cavité péritonéale.

Or, après une hystérectomie subtotale difficile pour pyosalpinx avec pelvipéritonite ou pour un kyste de l'ovaire, ou encore pour une annexite, il y a toujours une infection avec production, la plupart du temps, de pus; on fait toujours une toilette soignée du péritoine, on le lave à l'éther, mais malheureusement il n'est pas toujours possible de dessécher complètement et de bien nettoyer la cavité péritonéale.

De plus, l'hémostase parfaite est souvent impossible; le sang continue à suinter au niveau des points où existaient des adhérences entre une tumeur et la paroi abdominale ou l'intestin; ou bien il vient des vaisseaux situés dans le tissu cellulaire qui a été déchiré pendant l'opération. On voit suinter à la surface du péritoine irrité des liquides séro-sanguinolents,

on ne réussit pas à débarrasser les intestins et la séreuse pariétale de masses gluantes et épaisses qui, par exemple, venues d'un kyste de l'ovaire rompu, les recouvrent. Ajoutons enfin que certaines opérations, comme l'ablation d'une tumeur, après un Wertheim, par exemple, modifient tellement les conditions de la pression intra-abdominale qu'on voit dans presque tous les cas se produire, pendant les premières heures, un suintement et une accumulation de sang dans la séreuse péritonéale.

Laissés à eux-mêmes, que deviennent ces liquides ?

Tantôt ils se résorbent, tantôt ils provoquent une septicémie. Que faire après une opération d'hystérectomie subtotale ou totale laborieuse ? Vaut-il mieux fermer la cavité abdominale en comptant sur la résorption, ou bien laisser une issue libre pour lutter contre la putréfaction ? S'il reste dans la cavité abdominale des substances putrescibles, il y a naturellement danger, sinon la péritonisation est tout indiquée, mais pouvons-nous connaître pendant l'opération le pouvoir résorbant du péritoine ainsi que la quantité de liquide qui va suinter ?

Le sang pur est naturellement sans danger; mais il est rare qu'il en soit ainsi. Le plus souvent, le sang est mêlé à des matières contenues dans une tumeur, au pus d'un foyer septique, à des produits sécrétés par la plaie et putrescibles au plus haut point. La présence de sang favorise la décomposition de ces liquides et accroît le danger.

Le pouvoir du péritoine est-il intact ? C'est là un point qui n'est pas sans importance. Ce pouvoir semble dépendre du degré d'élévation de la pression intestinale et des mouvements péristaltiques de l'intestin. Il devient plus faible lorsque la pression intra-abdominale s'abaisse fortement, après l'ablation de l'utérus et des annexes, par conséquent, ou bien lorsque les intestins, après être restés longtemps exposés à l'air et s'être refroidis, se sont paralysés.

Ce sont là des conditions qui favorisent, d'autre part, la production d'une exsudation à la surface du péritoine. L'état

général de la malade a aussi une grosse influence sur le pouvoir résorbant de la séreuse abdominale.

Si la séreuse est intacte, le sang sera très vite résorbé, mais, par contre, chez les malades anémiés, d'un mauvais état général, comme celles présentant un néo de l'utérus, un pyosalpinx, avec pelvipéritonite, un fibrome ou un kyste de l'ovaire, il est impossible qu'il n'y ait pas un trouble entre le pouvoir absorbant et le pouvoir exsudant du péritoine.

D'autre part, les processus inflammatoires anciens et chroniques, comme le démontrent nos observations, qui donnent lieu à un épaissement du péritoine où à des adhérences étendues et serrées, paraissent avoir plus d'action que les inflammations récentes sur le pouvoir absorbant de cette séreuse.

La situation devient très déplorable quand, auparavant, le péritoine a été rempli de pus ou d'une masse gluante et épaisse provenant par exemple d'un kyste rompu ou d'un pyosalpinx ouvert pendant l'opération.

Historique.

Dans ces conditions, il faut drainer. Plusieurs méthodes sont employées.

Lister a préconisé, dans ses grands pansements phéniqués, l'emploi de tubes de caoutchouc de gros calibre, sectionnés au ras de la peau.

Lucas-Championnière les préfère de petit calibre et les accole par deux en canons de fusil.

Peaslec, en 1855, dans ses ovariectomies draine systématiquement par le point déclive le vagin avec une sonde élastique pénétrant dans le cul-de-sac de Douglas.

Kœberlé, en 1867, draine par la paroi abdominale avec un tube de verre terminé en cul-de-sac et perforé de petits trous.

En 1876, Olshausen draine par un long tube allant de la plaie abdominale au vagin.

« Mais ces drainages par tubes en verre ou en caoutchouc sont très aléatoires, constate le Professeur Delbet, car les coagulations fibrineuses peuvent oblitérer leurs orifices. »

Au bout de quarante-huit heures, ces tubes sont déjà entourés d'adhérences. Or, il a été démontré que des corps étrangers même stériles, à condition qu'ils aient un certain volume et qu'ils soient capables de provoquer une irritation assez intense, provoquent la formation d'adhérences dans la cavité abdominale. La formation de ces adhérences est peut-être la raison de l'efficacité du drain en certains cas, en localisant parfois le danger; mais il n'en est pas moins vrai que par le fait même de ces adhérences, les drains en tube manquent le plus souvent leur but qui est de permettre l'évacuation des liquides exsudés dans la cavité péritonéale.

Les drains capillaires échappent à ces dangers d'oblitération des tubes et à l'insuffisance de la vis à tergo, qui est seule mise à profit pour l'évacuation des liquides par ce procédé.

En 1884, Mickulicz propose sa méthode de drainage péritonéal par tamponnement par sac et mèches. Appliqué en France par Pozzi, puis critiqué, ce procédé fut remis à l'ordre du jour par le Professeur J.-L. Faure, qui le défendit aisément. Appliqué à Bordeaux à la clinique du Professeur Guyot, le drainage à la Mickulicz a donné d'excellents résultats. Nous allons en étudier la nature et montrer les avantages qu'il procure dans les hystérectomies difficiles ayant à l'appui de nombreuses observations prélevées toutes dans le service de notre Maître, le Professeur Guyot.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU DRAINAGE AU « MICKULICZ »

La méthode, appliquée en 1884 par Mickulicz lui-même et vulgarisée en France par Pozzi, consiste dans un tamponnement antiseptique du péritoine. Certes, c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des « tentes » antiseptiques de façon à isoler du reste de la séreuse la partie tamponnée, durant les premières heures, par le rempart seul que forme l'agent de tamponnement, ultérieurement par des adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie.

C'est donc la mise en place au fond d'une cavité que l'on veut drainer d'une pièce de gaze iodoformée à 20 p. 100 qui épouse intimement les formes de la cavité. On fixe en son milieu un fil de soie, qui doit plus tard aider à le retirer plus facilement. Dans le sac ainsi formé, on tasse de 2 à 5 lanières de gaze iodoformée de manière à ce que l'ensemble soit très exactement uni aux surfaces péritonéales du pelyis.

Les extrémités supérieures du sac, des mèches et des fils ressortent par la partie inférieure de la plaie abdominale laissée béante à cet effet. .

Actuellement, on n'adjoint plus d'antiseptique au tamponnement du péritoine et cela avec raison car il semble que les antiseptiques violents en lésant la séreuse péritonéale infirment les moyens de défense.

Le Professeur J.-L. Faure, qui a toujours été un grand partisan de la méthode de drainage au Mickulicz et qui l'a défendue avec ardeur à la Société de chirurgie de Paris, dit : « Le Mickulicz ne consiste pas dans deux ou trois mèches qu'on laisse dans le ventre et qui vont se promener n'importe où au milieu des anses intestinales, mais bien dans un sac extérieur muni d'un fil à sa partie profonde qu'on bourre de mèches et de compresses, qu'on détamponne progressivement et dont on enlève le sac par retournement le dixième jour, ou plutôt lorsqu'il vient pour ainsi dire seul. »

A la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, le Mickulicz qu'emploie M. le Professeur Guyot ne diffère en rien du Mickulicz-type. L'iodoforme cependant a été supprimé.

Le sac est constitué par une compresse péritonéale de 40 × 40; les mèches sont formées de quatre épaisseurs de gaze cousues ensemble et formant une lanière de 8 centimètres de large et de 60 centimètres de long. L'extrémité, qui sera portée la première au contact du petit bassin, est terminée en biseau, l'autre est terminée par un fil de soie qui lui est noué.

Comment pratique-t-on le drainage ? A la fin de la laparotomie, l'hémostase des vaisseaux ayant été pratiquée et la péritonisation ayant été ou non élaborée, le chirurgien enfonce le sac de Mickulicz dans la cavité pelvienne et l'étale soigneusement. Le fil, fixé au fond du sac, ressort par l'orifice cutané. On bourre soigneusement dans le sac les mèches, principalement à l'endroit que l'on veut tamponner. On refoule le plus possible la masse intestinale de façon qu'elle ne s'éviscère pas et si on redoute une grande abondance de liquide à drainer, on peut mettre un drain de caoutchouc sous-pubien plongeant dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette opération terminée, le chirurgien ferme la paroi en trois plans, ainsi que le mentionnent nos observations : a) surjet péritonéal au catgut; b) surjet musculo-aponévrotique au catgut; c) suture cutanée aux crins. Il faut faire en sorte de

ne pas laisser au Mickulicz un orifice trop large; de plus on peut placer à la partie inférieure de la plaie un fil d'attente en bronze ou en crin suivant la méthode du Docteur Douay, que l'on resserrera après l'ablation du Mickulicz.

Les fils des quatre mèches sont numérotés par des nœuds, de façon à pouvoir retirer d'abord la mèche la plus superficielle. Un pansement abdominal aseptique et très absorbant est placé sur le Mickulicz pour faciliter le drainage capillaire.

Soins postopératoires. — Mickulicz recommande de ne tirer les bandelettes intérieures qu'après quarante-huit heures et de n'enlever le sac lui-même que deux ou trois jours plus tard. C'est sur l'abondance du suintement que l'on se guidera. A la Clinique gynécologique de Bordeaux, le lendemain de l'opération, on refait le pansement en arrosant les mèches et le sac avec de l'eau oxygénée pure. Ceci est répété chaque jour. Cinq, six ou sept jours après, on tire sur la première mèche. Si elle suit, on l'enlève définitivement, et ainsi de suite pour les autres. Quant au sac, il ne faut jamais se presser pour l'enlever, car le tamponnement intérieur doit être assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait eu le temps de se faire autour de lui et de le circonscire; de plus, les anses intestinales pourraient suivre s'il était enlevé avec violence. Aussi doit-il toujours être enlevé avec beaucoup de précautions et avec infiniment de tact.

Notre Mickulicz enlevé, quelle conduite tenons-nous vis-à-vis de la plaie ? Si cette dernière suppure peu, on fait un nettoyage à l'éther, puis on introduit une mèche imbibée de Dakin. Si la plaie suppure beaucoup, on irriguera la plaie toutes les deux heures. Tant que la suppuration dure, un drain perforé, placé dans la plaie et renouvelé à chaque pansement, facilitera l'écoulement du pus. La suppuration terminée, des pansements à l'air chaud et un nettoyage à l'éther faciliteront sa cicatrisation.

Si, au contraire, la plaie, après enlèvement du Mickulicz, est en bon état, on fera des pansements quotidiens qui suffiront.

M. le Professeur J.-L. Faure ordonne ces soins postopératoires de la manière suivante :

Jour de l'opération : Rien.

1^{er} jour : Rien.

2^e jour : Enlever les compresses.

3^e jour : Enlever la mèche vaginale s'il y en a une.

4^e jour : Enlever la mèche profonde.

5^e jour : Rien.

6^e jour : Lavages.

7^e jour : Lavages.

8^e jour : Lavages, décollement du bord du sac.

9^e jour : Lavage.

10^e jour : Ablation du Mickulicz.

11^e jour : Serrage du fil d'attente.

Il ajoute : « Seul le chirurgien ou un aide expérimenté doit procéder au pansement du malade ayant un « Mickulicz ». Il demande de la patience et une appréciation exacte de l'état général et local de la malade et une technique impeccable. »

CHAPITRE III

AVANTAGES DU DRAINAGE A LA MICKULICZ

En gynécologie, le drainage à la Mickulicz s'applique de la manière la plus typique. « Je suis convaincu, dit à ce sujet le Professeur J.-L. Faure, qu'après les laparotomies avec phénomènes inquiétants, une intervention rapide se bornant à l'ouverture du ventre et à la mise en place d'un drain et d'un sac de Mickulicz est excellente et que nous devons y revenir. Je dis et maintiens que beaucoup de malades lui doivent la vie quand la péritonisation est impossible. Dans ces cas qui correspondent en général à des salpingites graves avec pus et péritonisation impossible, le Mickulicz rend des services appréciables. »

Sur les 18 observations que nous relatons dans notre travail, pyosalpinx double, néo du col, pelvipéritonite, kyste de l'ovaire, nous voyons que dans la majorité des cas l'état est le suivant : pelvis complètement bloqué; l'épiploon, l'intestin, le côlon pelvien, la vessie, les annexes, ne forment plus qu'une masse noyée dans la périmétrite, farcie de poches de pus, les unes annexielles, les autres péritonéales; la séparation des organes, le décollement des annexes sont pénibles et se font dans le pus. L'exérèse laisse après elle un côlon pelvien épais et cartonné, saignant et en partie revêtu de la séreuse, les moignons des ligaments sont courts, rétractés et muculents; le revêtement pelvien, largement détruit, est lardacé dans le reste de ses parties; les lambeaux de poches septiques y restent collés et il n'est pas toujours facile de les enlever complètement quand ils adhèrent aux zones dange-

reuses. Enfin, dans les cas les plus mauvais, un suintement sanguin sourd continuellement en nappes des surfaces dénudées, en dépit d'une hémostase pédiculaire correcte et remplit peu à peu le Douglas qu'on a peine à étancher. Parfois même, et c'est encore plus grave, c'est un pédicule infundibulo-pelvien qui s'est rompu au cours des pénibles manœuvres de décollement et qui s'est immédiatement rétracté dans des tissus durs et friables où l'on n'ose trop profondément fouiller, parce qu'ils forment gangue à la veine iliaque et à l'uretère qui y sont noyés.

C'est dans ces cas-là qu'on a terminé l'opération par un Mickulicz et que l'on a constaté des succès inespérés. Le Mickulicz a, en effet, sur tous les autres moyens de drainage, des avantages énormes que nous allons étudier :

- 1° C'est d'abord un excellent moyen de drainage du péritoine comme du paramètre;
- 2° Il réalise en quelques minutes une hémostase sûre;
- 3° Il protège par son artifice les lésions intestinales;
- 4° Il forme une barrière étanche entre une zone péritonéale infectée et une zone saine en provoquant la formation d'adhérences;
- 5° De plus, il permet de raccourcir considérablement la durée de l'opération;
- 6° Les suites immédiates sont plus sûres et moins troublées.

1° Le placement de mèche de gaze dans la cavité péritonéale infectée était bien connu avant Mickulicz; mais cette méthode a été condamnée par plusieurs chirurgiens éminents, notamment par M. le Professeur Hartmann qui, en 1910, déclarait que la gaze une fois saturée n'agissait plus par capillarité. Or, ce reproche ne peut s'adresser au Mickulicz, car il suffit d'avoir fait le pansement de ces malades pour se rendre compte que les compresses et la ouate hydrophile du pansement sont imbibées largement : ce qui indique la valeur absorbante de l'ensemble qui doit être renouvelé souvent.

Le Mickulicz draine la plaie pelvienne d'une façon simple et parfaite en utilisant la force capillaire. Le sac, en effet, forme une enveloppe. Les mèches, placées à l'intérieur, sont encore suffisamment lâches pour aspirer avec facilité les liquides exsudés.

Ainsi dans un bassin souillé de pus ou parsemé de débris septiques, il permet dans un foyer péritonéal infecté de laisser le ventre ouvert, tout en s'opposant à l'issue des intestins au dehors; il assure l'évacuation des liquides exsudés par le péritoine, facteurs d'infection.

Dans l'observation IV, nous voyons que cet hydrosalpinx se rompt au cours de l'opération. On aspire bien le liquide à l'aspirateur, mais la pose du Mickulicz permet de drainer entièrement et d'éviter une infection tardive du péritoine toujours possible. De même dans l'observation IX, notre malade présentait un pyosalpinx double qui s'est rompu durant l'opération; on tamponne le mieux possible et l'on place un Mickulicz. Résultats : nos deux malades sont guéries sans complications.

2° Le Mickulicz a un rôle hémostatique prépondérant. Il permet en effet de favoriser la coagulation du sang et de servir de contrôle s'il se produit une hémorragie postopératoire.

Le sang qui s'épanche dans le péritoine a peu de tendance à se coaguler, mais si, au contraire, on y plonge une substance inorganique rugueuse, celle-ci est le départ de la formation du caillot et, le « caillot appelant le caillot », la masse sera bientôt totalement prise.

C'est encore dans les opérations pour salpingite adhérente où la péritonisation est incomplète qu'il subsiste des régions qui saignent en nappe, dont l'hémostase est très précaire. Dans ce cas-là, il ne faut donc pas se contenter de refermer le ventre. Mais le drainage au moyen d'un simple tube suffit-il? Evidemment non ! car il aurait pour effet de supprimer la pression abdominale, puisqu'en somme le drain représente un orifice qui met l'abdomen en libre communication avec l'atmosphère. En supprimant la pression abdominale, on ren-

drait l'hémorragie plus facile et plus probable. Si, par hasard, il permettait au sang de s'écouler, il gênerait la formation du caillot qui aurait pu obstruer les petits vaisseaux. C'est pour ces deux raisons que le simple drainage nous paraît dans ces cas plus 'dangereux qu'utile. L'indication, c'est bien plutôt de produire l'hémostase que de donner issue au sang versé. Pour cela, il n'y a rien de meilleur que le tamponnement avec le sac de Mickulicz.

Dans l'observation II, M. le Professeur Guyot appliqua un Mickulicz dans un but hémostatique car la surface dépéritonisée s'accompagne d'un suintement sanguinolent. L'hémorragie s'arrêta.

De même, dans l'observation VIII où la malade présentait un pyosalpinx double; après le décollement des pédicules, les adhérences gauches saignaient abondamment, il était difficile de pincer le vaisseau par suite de l'état lardacé des tissus, c'est la raison pour laquelle on termina par un Mickulicz et un drain extrapéritonéal. L'hémorragie tamponnée cessa et la malade guérit très bien.

Un Mickulicz, placé dans ces conditions, donnera toute sécurité pour les suites opératoires.

3° Dans les lésions intestinales fréquentes, à cause des nombreuses adhérences qui peuvent exister et le mauvais état de la paroi intestinale très friable, le Mickulicz rendra encore de grands services. Lorsqu'on a déchiré l'intestin, il est bien tentant, après avoir fait la suture, de mettre de la gaze qui, partant de cette suture, va sortir par la plaie abdominale. La mèche de gaze ne peut, en effet, empêcher la suture de réussir et, si cette dernière vient à manquer, la gaze met à l'abri de terribles accidents. En effet, ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours généralement que la suture lâche. A ce moment, la gaze a déterminé des adhérences; et, grâce à celle-ci, au lieu d'une péritonite grave, il se produira simplement une fistule stercorale.

Toutes les fois que la suture siège sur une portion d'intestin bien saine, on peut se passer de ce drainage; mais, lorsque

la déchirure et par suite la suture portent sur un intestin malade, sur le rectum, par exemple, déjà envahi par l'inflammation, lorsque les tissus malades font craindre un échec de la réunion, il est prudent d'employer un Mickulicz qui diminuera les dangers de l'échec possible.

Dans l'observation XI, la malade présentait un pyosalpinx double et une perforation du rectum, du volume de la tête d'un épingle. Après suture en double bourse, M. le Professeur Guyot plaça un Mickulicz, ainsi qu'un drain non perforé. La malade aujourd'hui va mieux, mais présente encore une plaie qui suppure un peu.

Dans l'observation XIII, la malade présentait un pyosalpinx gauche avec pelvipéritonite. L'hystérectomie subtotale fut très difficile et fut terminée par une suture bout à bout du haut rectum selon le procédé de Sorelli sur un drain n° 13. Atouchement à l'éther. Pose d'un Mickulicz, une petite mèche et une compresse péritonéale en dehors du sac pour recouvrir l'anastomose intestinale. Pas d'anus, le méso de l'angle sigmoïde étant rétracté et la paroi très épaisse. Sept jours plus tard, les matières continuent à passer par l'orifice abdominal, mais en très petite quantité, tandis qu'elles passent plus abondamment par le bout inférieur. Deux mois après, l'orifice abdominal est très réduit, mais existe toujours.

Nous voyons là le merveilleux rôle du Mickulicz. Il y a des cas où il sauve la vie des malades. Comment éviter, en effet, une péritonite généralisée mortelle, si des matières fécales s'écoulent en péritoine libre ? Il a l'avantage d'exclure et d'isoler complètement les anses intestinales suspectes et de tracer ainsi au contenu intestinal une route d'évacuation sans danger.

Le « Mickulicz » constitue un excellent barrage entre deux zones péritonéales, l'une infectée, l'autre saine : en produisant une péritonite plastique, il transforme le petit bassin en cavité close sur les côtés, mais avec une soupape d'échappement par en haut. Lorsqu'il excite des foyers septiques de pelvipéritonite, il n'y a pas seulement nécessité de drai-

ner, il faut encore s'efforcer de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, favoriser, provoquer la formation d'une inflammation protectrice sur les limites de la région infectée, de manière à faire, pour ainsi dire, la part du feu, à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement.

Les observations V, IX, XIII où la pelvipéritonite accompagnait les pyosalpinx démontrent avantageusement l'utilité du Mickulicz. Les trois malades ont quitté l'hôpital en excellent état, car, après la pose d'un Mickulicz, leur pelvipéritonite s'est localisée par la formation d'adhérences, et des grands lavages à l'eau oxygénée ou au Dakin ont eu raison du foyer existant.

5° Un autre avantage du Mickulicz et non des moindres réside en ce fait qu'il diminue considérablement la durée de l'opération. Il permet, en effet, en supprimant la péritonisation, de raccourcir d'autant la durée de l'intervention. Chez une femme dont l'état général est déficient, comme la plupart de nos observations le démontrent, ou dont l'anesthésie a été difficile, le Mickulicz permet de faire le minimum. Dans les opérations de Wertheim, en particulier, qui sont très longues. Celles que nous mentionnons présentent une durée de une heure au minimum, l'application d'un Mickulicz a permis d'abrégé le plus possible. De plus, chez les malades âgées, peu résistantes, le Mickulicz est un excellent moyen de faire une opération courte et peu choquante.

6° Beaucoup de malades anémiques au plus haut point ont pu bénéficier avec succès d'une opération chirurgicale grave, car, en plus d'abrégé le laps de temps nécessaire à l'opérateur, la pose d'un Mickulicz a pour conséquence de diminuer considérablement les suites immédiates; il les rend plus sûres et moins troublées. En effet, le Mickulicz ne peut éviter le schôck nerveux, mais il réduit au minimum le schôck toxique. Il supprime la mortalité des opérations pelviennes dans les cas en apparence les plus désespérés.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble de nos observations, nous remarquons que les suites opératoires immédiates sont toutes en faveur de la méthode. Certes, le *shock* nerveux, surtout dans les longues interventions, existe toujours, c'est la raison pour laquelle l'application de sérum glucosé, les injections de strychnine, caféine, huile camphrée, sont nécessaires; mais, en revanche, nous n'avons pas eu d'infections secondaires et si la convalescence a été quelquefois bien longue, elle a du moins été sûre.

Beaucoup des malades dont nous relatons les observations ont présenté des phénomènes graves au cours de l'intervention. Un pyosalpinx s'est rompu (Obs. IX); un kyste de l'ovaire s'est déchiré (Obs. IV); la péritonite aurait éclaté si nous n'avions eu un mode de drainage approprié et excellent pour la circonscrire et la détruire.

De plus, nous voyons que, quelques jours après l'opération, la température de nos malades est revenue normale et que la suppuration a fini par se tarir sous l'effet de l'irrigation au Dakin ou à l'eau oxygénée.

Mais c'est dans les opérations de Wertheim que le drainage au Mickulicz procure les plus grands avantages. Son emploi systématique réduit de beaucoup la mortalité de cette opération.

M. le Professeur J.-L. Faure explique le grand avantage du Mickulicz mieux que nous ne pourrions le faire :

« Il est bien évident que la gravité du Wertheim, que la mortalité par infection qui le charge si lourdement, tiennent à ce que les malades portent en elles, dans les ulcérations d'un col que rien ne saurait aseptiser, les germes de leur infection. Certaines conditions, comme l'importance du délabrement pelvien, la durée parfois excessive de l'opération, viennent favoriser l'apparition des accidents graves, mais la cause même de l'infection tient dans le fait qu'il faut considérer ces malades comme de grandes infectées et les traiter toutes comme telles, en terminant systématiquement toute hystérectomie large pour cancer du col par la pose d'un Micku-

liez. Tous les heureux avantages du Mickulicz se combinent pour apporter à la malade leurs bénéfices : hémostase, drainage des régions infectées, leur exclusion de la grande séreuse, voilà, en résumé, le grand avantage de la méthode et les raisons et indications de son emploi découlent de ces trois points. »

CHAPITRE IV

CRITIQUES ET RESULTATS

Certes, le Mickulicz a des indications précises qui sont fonction de ces avantages. C'est une méthode d'exception. Son emploi est limité à un certain nombre de cas pathologiques, et il est impossible, en présence de cancer du col, de pelvi-péritonites et de pyosalpinx double, de ne pas reconnaître son action salutaire.

On lui a reproché de favoriser la rétention des liquides au lieu d'en assurer le drainage et d'entretenir l'infection, d'être la production d'hémorragies dans l'ablation du sac. On l'a accusé d'être un agent de fistules et d'éventration, de favoriser l'apparition de fistules perforables et l'issue des anses intestinales au dehors.

Toute méthode, en effet, a des partisans et des ennemis. Mais il est incontestable que le Mickulicz est un excellent moyen de drainage. Chaque jour, les compresses et la gaze hydrophile de revêtement sont trouvées largement imbibées. En renouvelant chaque jour le pansement absorbant, on doit combattre le danger de rétention.

Quant à la production d'hémorragies, c'est une chose très rare. Les mèches sont toujours plus ou moins teintées de sang, mais l'eau oxygénée a vite fait d'arrêter cet écoulement, et, parmi nos observations, nous n'avons pas de cas d'hémorragie grave dans l'ablation du sac.

Les fistules et les éventrations sont exceptionnelles. Dans nos observations, nous relevons un cas d'éventration (Obs. XV),

plusieurs cas de fistules (Obs. IV, VI, X, XI, XIII) guéries la plupart, sauf la malade de l'observation X, qui présentait un foyer profond de suppuration que le Mickulicz drainait, agissant ainsi comme soupape de sûreté. La malade de l'observation XIII a eu une suture bout à bout du rectum; son orifice abdominal est très réduit et diminue chaque jour. En général, la plaie béante se cicatrise vite, et nous n'avons pas d'abcès gangréneux de la paroi. Puis, comme le dit le Professeur J.-L. Faure : « Est-ce que la possibilité d'une éventration est un argument sérieux ? Qu'est-ce qu'une éventration ? Qu'est-ce que dix éventrations à côté d'une mort ? Et si dix Mickulicz inutiles me donnant dix éventrations me permettent d'éviter une seule mort, je mettrais ces dix Mickulicz d'un cœur reconnaissant. »

Quant aux résultats de cette méthode, à la Clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, M. le Professeur Guyot ⁽¹⁾ avait posé, du 15 novembre 1924 au 15 novembre 1926, 34 Mickulicz pour des lésions gynécologiques; la mortalité opératoire avait été de 4 sur 35 malades, soit près de 12 p. 100. Depuis, ayant relevé la plupart des observations de 1928 et 1929, nous constatons que, sur 32 applications de Mickulicz, il n'y a eu que 4 décès : un pour néo du col; un deuxième pour kystes multiples sous-péritonéaux du petit bassin; un troisième pour kyste de l'ovaire (la malade est morte d'hémophilie), et enfin un quatrième pour pyosalpinx et pelvipéritonite très avancée.

De tels résultats permettent d'apprécier la méthode de drainage au Mickulicz, car il donne des guérisons souvent inespérées.

« Certes, dit le Professeur J.-L. Faure, les malades se lèvent un peu plus tard que lorsqu'il y a une réunion immédiate, mais elles se lèvent en plus grand nombre, car, parmi elles, sans Mickulicz, certaines seraient, certes, couchées pour toujours. »

(1) Thèse Berge, Bordeaux, 1926.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS INEDITES

OBSERVATION I

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur GUYOT

Pyosalpinx gauche. — Hystérectomie subtotale.

Mickulicz. — Guérison.

M^{me} C... (F.), 23 ans, rentre à la clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot, le 27 février 1928, parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle fait des poussées de température.

Il y a quatre mois, la malade a fait une fausse couche de trois mois. Elle s'est soignée chez elle, toute seule, avec des injections d'eau bouillie et de permanganate. Depuis, elle souffre continuellement du bas-ventre, ce qui l'empêche de travailler. En effet, au moindre effort, elle fait des poussées de température qui l'obligent à se mettre au repos. Depuis sa fausse couche, lorsque les règles arrivent, elles sont prolongées, elles durent quinze jours au lieu de quatre. Pertes de sang noir avec caillots, d'odeur fétide.

Le Professeur Guyot l'examine le 29^e février 1928 et constate un ventre très ballonné, vergetures, cicatrice au niveau du pli de l'aîne gauche. A l'examen des reins, écoulement de liquide blanchâtre. Au toucher vaginal, col peu entr'ouvert, pas nettement ramolli. Utérus un peu gros allant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, antifléchi, plutôt dur, un peu douloureux, régulier et globuleux.

On met la malade au repos avec de la glace sur le ventre.

Le 14 mars 1928, injection intra-utérine de lipiodol. A la radiographie, on voit une cavité utérine basculée en avant, on ne perçoit pas nettement le trajet des trompes, mais par contre on remarque la présence de deux filets de lipiodol qui semblent suivre le trajet des

uretères. A la suite de cette injection, légère réaction péritonéale chez la malade.

Le 21 mars 1928, le Professeur Guyot, à l'examen, constate au toucher vaginal un petit col, un utérus antéfléchi, un peu globuleux. On sent une masse annexielle gauche du volume d'une noix et qui est très douloureuse.

Intervention le 31 mars 1928. — Anesthésie au Schleich. M. le Professeur Guyot. Hystérectomie subtotale et appendicectomie. Pyosalpinx gauche volumineux très adhérent à l'anse sigmoïde. Le côté droit étant accessible, on procède sous l'aspirateur au décollement des annexes droites et à leur section, ainsi qu'à la section de l'utérine droite. Puis dégagement de l'anse sigmoïde gauche, dont les parois sont épaisses et adhérentes. On arrive à pouvoir décoller au doigt la masse annexielle après suture du col de droite à gauche et à ligaturer les pédicules de l'utérine gauche. Hémostase de tous les pédicules et cautérisation de la cavité cervicale. Application d'un Mickulicz à trois mètres et un drain non perforé supérieur. Fermeture de la paroi en trois plans avec quatre fils métalliques extra-péritonéaux.

Sérum glucosé. Huile camphrée. Strychnine-caféine le 31 mars. Température, 39°2; pouls, 110.

Suites opératoires. — Le 2 avril : Poussée de température et ablation de deux mèches du Mickulicz.

5 avril : Ablation de la troisième mèche; température normale.

12 avril : Ablation du sac.

16 avril : Ablation des points. Air chaud sur la plaie.

2 mai : Plaie complètement refermée. Cicatrice en excellent état. Pas de faiblesse de la paroi.

OBSERVATION II.

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur Guyot

Pyosalpinx avec pelvipéritonite. — Hystérectomie subtotale.

Guérison.

M^{me} A... (R.), 27 ans, vient à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot parce qu'elle souffre du bas-ventre. Crises doulou-

reuses comparables à des tiraillements partant de la fosse iliaque droite avec irradiations à la racine des cuisses et des reins.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Assez mal au début. Règles restées irrégulières et douloureuses durant cinq à six jours.

La malade raconte que, depuis huit jours, elle ressentait des crises douloureuses violentes, comparables à des tiraillements; ces crises sont très douloureuses et continuelles, légèrement calmées par le repos.

À l'examen, M. le Professeur Guyot constate à la palpation une contracture nette de la fosse iliaque droite et de la douleur dans la région annexielle droite principalement.

Au toucher vaginal, l'utérus est antéfléchi, un peu dévié à gauche; on croit percevoir dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse kystique.

Intervention le 15 janvier 1929. — Anesthésie au Schleich. M. le Professeur Guyot. Hystérectomie subtotale.

Dans le ventre ouvert, on aperçoit des productions kystiques inflammatoires du péritoine à couleur citrin. L'utérus est petit, entouré à droite et à gauche par des masses annexielles enflammées et adhérentes.

Décollement des adhérences; pas de pus; décollement des annexes; hystérectomie facile, mais à noter que la vessie remonte assez haut sur la face antérieure utérine et la malade saigne abondamment. Section du col. Cautérisation au thermocautère. Fermeture du col par un point au calgut. Hémostase des pédicules, ligature double du pédicule postérieur. Attouchement à l'éther. *Application d'un Mickulicz dans un but hémostatique, car la surface dépéritonisée s'accompagne d'un suintement sanguinolent.* Fermeture de la paroi en trois plans, quatre fils métalliques extra-péritonéaux; une sonde dans la vessie. Sérum glucosé. Huile camphrée. Température 38° 4. Pouls, 110.

Suites. — 24 janvier: Ablation du sac de Mickulicz.

26 janvier: La malade ressent dans la jambe gauche des douleurs. Les douleurs régressent après une immobilisation dans une gouttière pendant trois jours.

Sortie le 4 février. La plaie est complètement cicatrisée.

La paroi a l'air solide.

OBSERVATION III.

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot:

Pyosalpinx gauche avec adhérences épiploïques.
Hystérectomie subtotale. — Mickulicz. — Guérison.

M^{me} G... (S.), 28 ans, vient à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot, car elle est asthénique.

La malade maigrit et pâlit journellement. Elle ne peut plus accomplir son travail.

Antécédents. — La malade nie tout antécédent avant cette infection. Réglée à 13 ans. Mariée à 26 ans. Un enfant, né à huit mois et demi, mort deux mois plus tard.

Examen le 21 juillet 1928. — Rien à l'inspection. A la palpation, légère contracture de la paroi abdominale, surtout à gauche. La zone annexielle gauche paraît plus douloureuse que la droite.

Au toucher vaginal, M. le Professeur Guyot constate la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac antérieur faisant corps avec l'utérus, mobile avec lui.

Un second examen pratiqué le 26 juillet 1928 montre une tumeur dans le cul-de-sac antérieur, volumineuse, globuleuse, venant à un travers de doigt du pubis, pas mobile, pas douloureuse. A gauche, bosselure mobile et non adhérente à l'utérus.

Intervention le 26 juillet 1928. — Anesthésie au Schleich. M. le Professeur Guyot. Hystérectomie subtotale. Le ventre ouvert, on constate que l'épiploon se dirige à gauche et adhère aux annexes de ce côté. Résection entre deux pinces. Protection soigneuse du péritoine. Hystérectomie subtotale suivant le procédé américain de droite à gauche. Section du col, décollement de bas en haut des annexes malades ou aspirateur. Pas d'écoulement de pus appréciable. Cautérisation du col. Hémostase des ligaments. Mickulicz à trois mèches. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Assez bonnes. Elévation du poulx. Tonicardiaque. Huile camphrée. Injection de spartéine, caféine, strychnine. Sérum glucosé après l'opération.

Ablation des mèches le 2 août.

Ablation du sac le 4 août.

Ablation des crins le 6 août. La malade part guérie.

OBSERVATION IV.

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur GUYOT.

Hydrosalpinx. — Kyste de l'ovaire. — Hystérectomie subtotale.

Mickulicz. — Guérison.

M^{me} L... (R.), 25 ans, rentre à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot le 16 juillet 1928 pour douleurs abdominales. La malade ressent dans la fosse iliaque droite une douleur violente en coup de poignard. Elle a maigri de 15 kilos en quatre ans, n'a plus d'appétit; de plus, elle remarque à chaque crise l'apparition de pertes blanches.

Antécédents. — Poussée de bronchite chaque hiver. En 1922, fausse couche de deux mois, « spontanée » dit la malade. Huit mois plus tard, autre fausse couche de trois mois. La malade n'est jamais restée au lit. Réglée à 15 ans. Règles régulières, mais très peu abondantes, de très longue durée. Quinze jours, trois semaines environ. La malade a des pertes blanches n'empesant pas le linge.

Au toucher : Rétroversion utérine adhérente et douloureuse. Annexes perceptibles et douloureuses à gauche.

Intervention le 20 juillet 1928. — Anesthésie au Schleich. M. le Professeur Guyot. Hystérectomie subtotale.

La laparotomie fait constater qu'il existe de nombreuses adhérences entre l'épiploon, l'utérus et le sommet de la vessie. Ces adhérences sont dégagées, on refoule la vessie, qui adhérerait à la matrice. On résèque trois adhérences épiploïques et on s'aperçoit qu'il existe du côté droit de l'annexite manifeste avec trompes fermées et kyste hématique de l'ovaire; du côté gauche, on constate un hydrosalpinx adhérent à l'anse sigmoïde gauche dans le méso duquel il est inclus.

Hystérectomie par le procédé américain de droite à gauche. Section entre deux pinces des pédicules droits et de l'utérine droite. Avant de couper le col, on taille le lambeau péritonéal antérieur, effondrant le

ligament large. Après section du ligament rond gauche, on profite de l'espace décollable pour attaquer l'hydrosalpinx et l'isoler de ses collections sigmoïdiennes et rectales. On sectionne le col et on pince dedans en dehors l'utérine gauche. A ce moment, *l'hydrosalpinx se rompt*; aspiration du liquide citrin. Hémostase des pédicules ovariens gauches. Hémostase des divers pédicules difficiles par suite de l'infiltration des tissus.

On termine par un Mickulicz à quatre mèches et la pose d'un drain non perforé dans le Douglas.

Fermeture de la paroi en trois plans. Quatre crins doubles extra-péritonéaux. Sonde à demeure. Huile camphrée et sérum glucosé après l'opération. Le 20, au soir : température 38° 6, pouls, 110.

Suites. — 22 juillet : On sort le drain. Température normale.

24 juillet : On retire trois mèches.

25 juillet : On retire la quatrième mèche.

30 juillet : Ablation du sac. Drain n° 7. Grands lavages antiseptiques à l'eau oxygénée et au Dakin.

3 août : Ablation des points cutanés.

10 août : Ablation du drain. Très bon aspect de la plaie qui ne suppure plus.

6 septembre : Plaie presque cicatrisée; il ne subsiste plus qu'un petit trajet fistuleux.

8 septembre : Cicatrisation terminée. Guérison. Exeat.

OBSERVATION V.

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.

Pyosalpinx bilatéral. — Pelvipéritonite. — Mickulicz. — Guérison.

M^{me} F... (H.), 23 ans, rentre à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot, le 20 mai 1928, pour crises douloureuses dans le bas-ventre avec température. Pertes jaunâtres fétides. Femme fatiguée; visage pâle.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Irrégulièrement. Deux grossesses normales, à 18 et 19 ans. Suites de couches normales. Les règles sont devenues régulières, avec très peu de pertes blanches.

Examen. — A la palpation : Plastron qui occupe toute la fosse iliaque droite. Douleur et point douloureux dans la région lombaire droite. Rein sensible.

Toucher vaginal. — Col très près de la symphyse bloqué, mou, déchiqueté, noyé dans une masse globuleuse. Cette masse est régulière, résistante, ramollie à la partie postérieure et douloureuse au toucher.

23 mai 1928 : La collection purulente que l'on sentait s'ouvre spontanément. Mise de drain et mèches dans le vagin.

16 juin : Rein droit sensible à la pression; poussée de pyélonéphrite.

28 juin : Le Professeur Guyot constate au toucher un col très dur abaissé. Le cul-de-sac antérieur est libre et l'on sent dans ce dernier le corps utérin peu mobile, bloqué à gauche par une masse diffuse. Dans le cul-de-sac droit, on perçoit une grosse masse peu fluctuante; dans le cul-de-sac postérieur existe une masse dure, en continuité avec celle du cul-de-sac droit.

Intervention le 17 juillet 1929. — Pyosalpinx double. Anesthésie au Schleich. M. le Professeur Guyot.

Poussée de pelvipéritonite. Le ventre ouvert, on constate des adhérences péritonéales et des adhérences de l'anse sigmoïde à la face postérieure de l'utérus. A gauche, pas de pus; à droite le pyosalpinx se déchire. Le pus est aspiré et est recueilli sur des compresses. On met un drain et une mèche dans le vagin; on termine par un Mickulicz à trois mèches. Fermeture de la paroi en trois plans, avec quatre fils métalliques extra-péritonéaux.

Suites opératoires. — Après l'opération : injection de sérum glucosé, piqûre de strychnine-caféine-sparteïne. Huile camphrée 5 centièmes. Pouls, 110.

Le 18 juillet : Température 38° 6. On fait de nouveau de l'huile camphrée.

20 juillet : Ablation de deux mèches abdominales et de la mèche vaginale. Température normale.

24 juillet : Ablation de la dernière mèche et des fils de bronze.

28 juillet : Ablation du sac. Drain n° 7 dans la plaie.

29 juillet : Ablation du drain. Pas de pus.

Lavage de la plaie au Dakin. La malade est exéatée le 15 août complètement guérie. Sa paroi abdominale a l'air solide.

OBSERVATION VI.

Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot

*Pyosalpinx. — Hystérectomie subtotale. — Mickulicz.
Guérison.*

M^{me} B... (L.), 27 ans, rentre à l'Hôpital A. Boursier, dans le service du Professeur Guyot, le 4 juin 1928, pour crises pelviennes et métrorragies remontant à six mois.

A l'examen, l'abdomen est normal. La fosse iliaque gauche montre une anse sigmoïde bourrée de matières et un peu douloureuse. Les deux points annexiels sont un peu douloureux, surtout le gauche.

Au toucher vaginal, on constate un petit col dans l'axe du vagin, les culs-de-sac antérieur et droit sont libres, mais le gauche est rempli d'une masse du volume d'une orange, collée contre la paroi du bassin, mais cependant mobile, de consistance fluctuante.

Intervention le 26 juin 1928. — Hystérectomie subtotale. M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich.

On se trouve en face d'un pyosalpinx gauche très adhérent, avec annexite droite. Le décollement est difficile. On pratique l'hystérectomie suivant le procédé américain. En décollant les annexes il s'écoule un peu de pus, aspiré aussitôt et recueilli sur des compresses. Après ligature des pédicules et fermeture du col, on place un *Mickulicz tamponnant la zone déperitonisée*. Fermeture de la paroi en trois plans avec quatre fils métalliques extrapéritonéaux.

Suites. — Après l'opération : huile camphrée; injection de spartéine-caféine-strychnine. Température, 38° 8. Pouls, 100.

Le 28 juillet : Ablation de la première mèche.

Le 29 juillet : Ablation de la deuxième mèche. Etat général mauvais. Injection d'huile camphrée et Murphy.

Le 7 juillet : Ablation du sac et des fils de bronze. Drain n° 7 dans la plaie.

Le 9 juillet : Ablation du drain.

Le 12 juillet : Ablation des points.

Lavements glycérinés chaque deux jours et série de sérum névrosthénique du 23 au 27 juillet.

Bons résultats. Malade guérie. Paroi solide. Cicatrice bien fermée.

OBSERVATION VII.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur GUYOT.)

*Hystérectomie subtotale. — Appendicectomie. — Mickulicz.
Guérison.*

M^{me} C... (J.), 21 ans, rentre à la Clinique gynécologique le 28 décembre 1927 parce qu'elle souffre du bas-ventre; douleurs du côté gauche s'irradiant vers la cuisse gauche, calmées par le repos et la glace sur le ventre.

Femme réglée à 13 ans normalement. Les dernières règles du 3 novembre et du 5 décembre ont duré huit jours au lieu de cinq. Dans l'intervalle, pertes blanches verdâtres empesant le linge.

Mariée à 16 ans. Deux grossesses normales : la première en 1924, la deuxième en 1927. Les deux enfants sont morts, le premier à deux ans, le deuxième à deux mois. Un mois après son accouchement, la malade ressent dans le côté gauche du bas-ventre une douleur vive, qui s'irradiait vers la face interne de la cuisse gauche et vers l'abdomen. Le repos et la glace sur le ventre ordonnés calmèrent les douleurs. Ayant repris ses occupations, il y a six jours, les douleurs repaurent plus intenses que jamais.

De plus, la malade présente de la fatigue générale, de la céphalée.

Examen. — Col normal. Corps déjeté à droite. On perçoit au toucher deux masses, l'une à droite, volumineuse et douloureuse, l'autre à gauche, grosse et douloureuse, tombant dans le cul-de-sac gauche et postérieur.

Colpotomie le 19 décembre 1927. Mais le 2 janvier 1928, la malade souffre encore du côté gauche. Il persiste au toucher une masse douloureuse grosse comme le poing, qu'on ne peut que mal isoler du corps utérin; on continue la glace sur le ventre.

Le 25 janvier, la malade est réglée. Douleurs violentes, qui cessent avec les règles. Un nouvel examen pratiqué montre un utérus gros,

remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A gauche, grosse masse fluctuante collée sur la paroi du bassin.

A droite, masse élevée, non collée à la paroi du bassin.

Intervention le 6 mars 1928. — Hystérectomie subtotala avec appendicectomie. M. le Professeur Guyot, anesthésie au Schleich. Dès le ventre ouvert, on constate que l'épiploon recouvre la vessie et l'utérus. Libération facile de la face antérieure. On aborde les annexes du côté droit en ouvrant de petits kystes séreux dont le contenu est aspiré. Suture des ligaments, de l'utérine et section du col. Découlement des annexes gauches sans pus. Hémostase de tous les pédicules. Application d'un Mickulicz à quatre mèches et drainage avec drain non perforé. Fermeture de la paroi en trois plans; fils de bronze.

Suites. — Le 6 mars : Température, 38°8; pouls à 100. Sérum glucosé. Injection d'huile camphrée et de strychnine, caféine.

Le 7 mars : Température, 38°4. Sérum glucosé; huile camphrée.

Le 8 mars : L'état s'améliore. Ablation de la première mèche.

Le 10 mars : Ablation des deuxième, troisième, quatrième mèches.

Le 17 mars : Ablation du sac, qui commence à être fétide. Mise en place d'un drain n° 10.

Le 21 mars : Ablation du drain. Traitement à l'air chaud pour obturer l'endroit où était le sac. Sous l'action de ce traitement associé à la lumière bleue, celui-ci se referme régulièrement.

Exéat le 2 mai 1928. Cette malade, revue plus tard, présente une cicatrice en excellent état.

OBSERVATION VIII.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

*Pyosalpinx double. — Hystérectomie subtotala. — Mickulicz.
Guérison.*

Mme S..., 24 ans, rentre le 17 septembre 1928 dans le service du Professeur Guyot parce qu'elle souffre du bas-ventre et qu'elle a des pertes blanches.

Elle a des douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, depuis

juillet; ces douleurs sont irradiées vers les lombes et la racine des cuisses.

A l'examen : Ventre normal, souple; douleur au point ovarien gauche.

Au toucher : Col normal; utérus antéfléchi; grosses annexes gauches douloureuses.

Le Professeur Guyot ordonne du repos et de la glace sur le ventre.

Intervention le 18 octobre 1928. — Hystérectomie subtotale. M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich.

Dès le ventre ouvert, on libère l'anse sigmoïde adhérente au pyosalpinx gauche, puis on décolle des deux côtés les masses annexielles sans rupture des poches. Hémostase des pédicules.

Les adhérences gauches saignent abondamment, c'est la raison pour laquelle, vu l'état larducé des tissus, on termine par un Mickulicz avec trois mèches et un drain extra-péritonéal. Fermeture de la paroi en trois plans; 4 fils de bronze extra-péritonéaux.

Suites. — Dès la fin de l'opération, sérum glucosé, injection de spartéine-strychnine-caféine.

Pouls à 110; température, 38°9.

Le 26 octobre : Ablation des trois mèches et du drain. Température, 37°5.

1^{er} novembre : Ablation du sac. Ecoulement d'un flot de pus. Drainage par drain avec injections au Dakin.

29 novembre : Plaie complètement guérie. Excellent état local et général. Exéat.

OBSERVATION IX.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. GUYOT.)

Pelvipéritonite. — Hystérectomie subtotale. — Mickulicz.

Abcès de fixation. — Guérison.

Mme T... (M.), 44 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 12 juin 1929, pour les motifs suivants : Il y a un mois, la malade a commencé à ressentir des douleurs au niveau du bas-ven-

tre, douleurs comparables à une sensation de pesanteur. Elles sont calmées par le repos. Il y a trois semaines, la malade a été prise de douleurs excessivement violentes, d'abord localisées dans le bas-ventre et plus marquées à droite, puis généralisées à tout l'abdomen.

Ces douleurs, dit la malade, sont d'une intensité considérable, s'accompagnent de nausées, mais pas de vomissements. Température, 37°5.

La repos et la glace améliorent ces douleurs au bout de quelques heures. La malade vient alors à l'hôpital.

Antécédents. — Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans. Réglée à 12 ans, régulières, de cinq jours de durée. Mariée à 20 ans. Une grossesse à 21 ans. Accouchement normal. Enfant vivant et bien portant.

Opération le 20 juin 1929. — Opérateurs : MM. le Professeur Guyot et Docteur Villar. Anesthésie au Schleich.

Pelvipéritonite avec pyosalpinx bilatéral plus volumineux et plus adhérent à droite. Isolement des adhérences épiploïdes. Libération de la vessie en avant, dégagement de la partie postérieure très adhérente aux anses grêles. Libération assez facile des annexes gauches de bas en haut, puis on aborde les annexes droites après avoir dégagé une anse intestinale qui contenait la partie purulente. *On décolle une grosse poche purulente très adhérente aux parois du bassin, qui se rompt au moment du décollement.* On pratique alors une hystérectomie subtotale simple. Hémostase des pédicules. Mickulicz avec drain non perforé. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites. — Sérum glucosé après l'opération.

Le 21 juin : Abscess de fixation. Température, 39°5. Injections d'huile camphrée, de strychnine, caféine, spartéine.

Le 24 juin : Ablation de deux mèches et du drain.

Le 25 : Ablation des dernières mèches.

Le 29 : Ablation des fils de bronze.

Le 2 juillet : Ablation du sac et application d'un drain n° 8. Grands lavages au Dakin.

Le 3 juillet : Ablation du drain.

Le 10 juillet : Suppression des grands lavages. Air chaud sur la plaie, qui se cicatrise. Etat général satisfaisant.

Exéat le 5 août 1929, en excellent état local et général.

OBSERVATION X.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Kyste du parovaire. — Hystérectomie subtotale. — Mickulicz.

Mme S... (E.), 47 ans, entre à l'Hôpital A. Boursier, service de gynécologie, le 17 juillet 1929, sur les conseils du Docteur Rivière, pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire. La malade s'était aperçue que le volume de son ventre augmentait en même temps que ses règles, irrégulières à l'ordinaire, avaient disparu. Puis elle se mit à souffrir du ventre, et cela remonte à dix mois environ.

Cette douleur, comparable à une brûlure, siégeait tantôt à droite, tantôt à gauche. Elle était si intense qu'au bout de cinq mois la malade dut interrompre son travail pour se reposer. Depuis lors, la douleur a un peu diminué; elle réapparaît lorsque la malade se lève de son lit.

De plus, constipation, nausées, céphalée.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, d'une façon irrégulière et douloureuse. Mariée à 39 ans. Un enfant vivant. Fausse couche de quatre mois.

Opération le 30 juillet 1929. — MM. le Professeur Guyot et Docteur Villar. Anesthésie au Schleich.

Kyste inclus du ligament large gauche très adhérent et descendant derrière l'utérus jusqu'au plancher pelvien. On dégage les adhérences épiploïques et la vessie, qui remonte très haut, cachant l'utérus et recouvrant la paroi antérieure du kyste. On ponctionne le kyste au trocart de Kiberly. Il s'écoule du liquide eau de roche. Après avoir isolé la poche de l'anse sigmoïde adhérente dans une assez grande étendue, on aborde l'utérus par le côté droit, le plus accessible. On sectionne l'utérine droite et le col à moitié. On peut alors, à la compresse, décoller la paroi du kyste des parois gauches du bassin, auxquelles elle est adhérente. On refoule la vessie et on termine par un Mickulicz avec quatre mèches et un drain. Pas d'attouchement à l'éther, pas d'appendicectomie. Quatre fils métalliques extra-péritonéaux pour refermer la paroi. Une sonde à demeure dans la vessie retire une urine claire.

Suites. — Soins postopératoires : huile camphrée, injection de spartéine, caféine, strychnine, sérum glucosé.

Le 14 novembre : La malade suppurait encore. Température, 37°9. On lui a enlevé les mèches et le sac, que l'on a remplacé par un drain n° 10 que l'on change chaque jour. Irrigation au Dakin.

OBSERVATION XI.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Pyosalpinx double. — Hystérectomie subtotale. — Mickulicz.

Mme E... (D.), 29 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 16 octobre 1929, parce qu'elle souffre du bas-ventre. Il y a eu deux mois le 24 septembre 1929, immédiatement après ses règles, la malade a été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, mais elle souffrait aussi du côté droit. La crise dura deux jours très violente. Le médecin appelé ordonna le repos au lit, glace sur le ventre, injections chaudes. Au bout de deux jours, les douleurs diminuèrent dans la position étendue, mais pour se réveiller dès que la malade se levait.

On lui laisse la glace sur le ventre durant quinze jours, puis la malade rentre à l'hôpital.

Antécédents. — Réglée à 13 ans 1/2, peu abondamment; durée un à deux jours, régulières, douloureuses. Pertes blanches fétides, abondantes. Mariée à 20 ans. Trois enfants bien portants. Accouchements normaux. Fausse couche de cinq mois en septembre 1926 suivie d'une crise très douloureuse du côté des ovaires.

Intervention le 29 octobre 1929. — M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich. Hystérectomie subtotale pour pyosalpinx double.

Suture intestinale à la partie supérieure du rectum, intimement adhérent au pyosalpinx droit. Le pyosalpinx gauche était adhérent à l'anse sigmoïde, qu'il a fallu raser de très près, mais sans ouvrir la paroi. Les collections purulentes s'ouvrent au moment du décollement. On aspire. On pince tous les pédicules. Les pédicules postérieurs sont liés par une double ligature. Surjet sur le col après cautérisation de la cavité. Hémostase. Appendicectomie.

Suture en double bourse du rectum, qui présente une petite perforation du volume de la tête d'une épingle. Mickulicz avec drain non perforé. Fermeture en trois plans. Surjet péritonéal; surjet musculo-aponévrotique. 4 fils métalliques extra-péritonéaux.

Suites. — Sérum glucosé. Piqûre de strychnine, caféine, spartéine, huile camphrée.

Pouls, 100; température, 38°4.

31 octobre : Ablation des deux mèches.

3 novembre : Ablation de la dernière mèche.

5 novembre : Ablation du sac; drain dans la plaie.

14 novembre : La malade va mieux, la plaie, traitée par l'air chaud, se cicatrise.

OBSERVATION XII.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Annexite. — Kyste de l'ovaire. — Hystérectomie subtotale.

Mickulicz. — Décès.

Mme M... (A.), 26 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 18 février 1929, parce qu'elle souffre du ventre. Il y a deux ans, la malade commençait à ressentir des douleurs dans la partie gauche du bas-ventre avec irradiations lombaires. Les douleurs sont ressenties surtout au moment des règles et à l'occasion de toute fatigue. Il y a deux mois, au moment de se lever, elle ressentit brusquement une douleur semblable, mais plus forte, qui l'obligea à garder le lit pendant deux jours. Les douleurs s'accompagnent de fièvre et empêchent la marche.

Jamais la malade n'a constaté de douleurs abdominales.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, d'une façon irrégulière et douloureuse. Pertes blanches à odeur fétide. Une grossesse normale il y a trois ans et demi; enfant mort en bas âge de méningite. Pas de fausses couches.

Examen le 20 février : Teint ictérique. Au toucher, on sent, accolé à la face gauche de l'utérus, une masse du volume d'une petite mandarine. Cette masse est peu mobile et paraît incluse dans le ligament large.

Intervention le 8 mars 1929. — M. le Professeur Guyot. Anesthé-

sie au Schleich. Hystérectomie subtotale pour annexite bilatérale. Le ventre ouvert, on aperçoit l'utérus en rétroflexion, adhérent.

Les masses annexielles adhèrent du côté droit à l'utérus, du côté gauche au petit bassin. Après protection péritonéale, on attaque d'abord le Douglas, qu'on libère progressivement jusqu'à l'union interne du rectum avec la masse annexielle gauche. Dégagement des annexes droites. Section de l'utérine droite et du col; pincement de l'utérine gauche. On se rend compte alors que la masse se compose d'un pyosalpinx, qui donne issue à quelques gouttes de pus, et de plusieurs tumeurs kystiques très adhérentes au fond du Douglas et de la tunique rectale. Dégagement très difficile de celle-ci. On arrive à extirper la masse gauche. Hémostase des pédicules. Revision du Douglas, car on craint une blessure rectale. On ne peut cependant mettre en évidence une blessure de la muqueuse. Il s'agit certainement d'un pyosalpinx antérieurement ouvert dans le rectum. On ferme cette brèche par un surjet au catgut. Lavage du Douglas à l'éther. Mickulicz avec cinq mèches. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans. Durée, une heure.

Suites. — Le 10 mars, le malade présente les signes d'une insuffisance hépatique avec tachycardie et ictère. Phénomènes d'hémo-philie. Chaque injection hypodermique produit un petit hématome. Absès de fixation.

19 mars : La malade fait des hémorragies. Transfusion de 150 grammes de sang. Pas d'amélioration.

Décès le 20 mars.

OBSERVATION XIII

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Pyosalpinx gauche avec pelvipéritonite. — Hystérectomie subtotale. — Mickulicz.

M^{me} B... (L.), 55 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 13 avril 1929, parce qu'elle a eu une crise abdominale douloureuse très aiguë.

La malade ressentait depuis un an environ, à l'occasion d'une fatigue ou d'un effort, de légères douleurs dans l'abdomen. Le

24 mars, la malade ressent des coliques dans le bas-ventre, accompagnées d'état nauséux. Ces douleurs durent une semaine. Température, 38 degrés. Constipation opiniâtre. Pas de selles du 1^{er} au 11 avril.

Dans la nuit du 12 avril, la malade est prise brusquement d'une douleur abdominale atroce, qui, d'abord localisée dans le ventre, s'irradie rapidement à tout l'abdomen. Etat nauséux très marqué. La malade s'évanouit à plusieurs reprises. Vers 3 heures, la douleur se calme et la malade constate l'apparition d'une tumeur dure, douloureuse, dans le côté gauche de l'abdomen.

La malade rentre à l'hôpital.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, d'une façon non douloureuse, régulière, durée trois jours. Grossesses à 17 ans, à 19 ans, à 22 ans, normales.

Pertes blanches abondantes. Ménopause à 50 ans.

Examen le 15 mai 1929. — Le Professeur Guyot constate une grosse saillie débordant à gauche la ligne médiane. Ventre ballonné.

Au toucher : Col porté légèrement en avant. Grosse masse abdominale bombant peu dans le cul-de-sac postérieur, douloureuse. Les mouvements de la masse se transmettent au col.

Dans la nuit du 18 mai, la malade se plaint du mollet gauche. Œdème de ce membre, que l'on installe dans une gouttière.

Le 19 mai, on met trois sangsues dans la région du triangle de Scarpa. Tout redevient normal.

Intervention le 10 juin 1929. — M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich.

Gros pyosalpinx gauche avec pelvipéritonite étendue. Adhérences à la vessie et au gros intestin. *Déchirure du rectum. Décollement des adhérences intestinales en avant. En décollant sur le côté gauche, le pyosalpinx se crève; on aspire le pus.*

Hystérectomie subtotale difficile que l'on termine par une suture bout à bout du haut rectum selon le procédé de Sorelli sur un drain n° 13. Attouchement à l'éther. Mickulicz à trois mèches péritonéales, une petite mèche et une compresse péritonéale en dehors du sac pour recevoir l'anastomose intestinale. Un drain abdominal

plongeant dans le Douglas. On ne fait pas un anus : le méso de l'anse sigmoïde étant rétracté et la paroi très épaisse.

Fermeture de la paroi en trois plans, 4 fils métalliques extra-péritonéaux.

Suites. — Dès l'opération, sérum glucosé, huile camphrée. Pouls, 100.

Le 13 juin : Ablation des mèches. Irrigation au Dakin.

Le 14 juin : Grand lavage au Dakin. Les gaz passent par le sac.

Le 15 juin : Bon état général et local.

Le 17 juin : Les matières continuent à passer par l'orifice abdominal, mais en très petite quantité, tandis qu'elles passent plus abondamment par le bout inférieur.

Exéat le 31 juillet. L'orifice abdominal existe toujours, mais est très réduit.

OBSERVATION XIV

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Kyste de l'ovaire. — Pulvépéritonite. — Hystérectomie subtotale.

Mickulicz. — Décès.

M^{me} D..., 32 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 1^{er} mai 1929, parce qu'elle souffre du côté gauche du ventre. Cette malade a eu, il y a quinze ans, un accouchement normal, suivi d'une délivrance artificielle. Depuis, pertes blanches jaunâtres qui empèsent le linge.

Il y a cinq ans, elle a eu une crise de douleurs violentes dans le ventre, à gauche, accompagnée de température élevée. La malade se met au lit quinze jours, et les phénomènes cessent. A partir de cette époque, la malade accuse des douleurs à gauche toutes les fois qu'elle se fatigue. Il y a deux mois, les pertes jaunes ont augmenté de volume et d'intensité, et sont devenues malodorantes. De plus, sensations analogues à droite.

Le 18 avril, la malade est réglée en avance. Elle perd pendant deux jours du sang noirâtre; pendant cinq jours, elle perd du sang rouge. La fin des règles est marquée par une douleur dans le flanc gauche, avec température. Mise au repos, la malade voit les douleurs s'atténuer et elle rentre à l'hôpital.

Réglée à 14 ans, normalement. Une grossesse à 22 ans, normale.

Examen le 13 mai 1929. — M. le Professeur Guyot constate la paroi abdominale souple; du côté du pelvis et des fosses iliaques, rien.

Au toucher : Utérus en antéflexion légère, fortement refoulé à droite. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse donnant l'impression d'une poche limitée, kystique, possédant une certaine mobilité sur la paroi et légèrement douloureuse.

Intervention le 16 mai. — M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich.

Hystérectomie subtotalaire. Masse kystique avec péritonite enkystée. Pyosalpinx. Adhérences postérieures qui nécessitent la ligature des pédicules postérieurs. Section du col et libération des adhérences postérieures. La tumeur extériorisée, du pus s'écoule sur les compresses. Attouchement à l'éther. Mickulicz. Fermeture de la paroi en trois plans. Trois mèches dans le sac.

Suites. — Dès l'opération, sérum glucosé, huile camphrée. Pouls, 100.

Du 16 au 23 mai : la malade est fatiguée.

Le 21 mai : Purge d'huile de ricin.

Le 24 mai : Lavement glycérimé. La malade ne va pas à la selle.

Le 25 mai : Pouls à 140; yeux excavés; deux vomissements. Le ventre, néanmoins, est souple. Huile camphrée.

Le 27 mai : Pouls à 120; température, 38°6; facies péritonéal. Ventre souple, mais les extrémités sont froides.

Le 28 mai : Vomissement noirâtre.

Le 29 mai : Mort en algidité.

OBSERVATION XV

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. GUYOT.)

Epithélioma du col utérin. — Opération de Wertheim.

Mickulicz et drainage vaginal. — Guérison.

M^{me} D..., 54 ans, entre à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Guyot parce qu'elle perd du sang par le vagin. A l'examen,

on trouve, par le toucher vaginal, un col utérin dur, bourgeonnant. Les culs-de-sac sont libres, le corps utérin est mobile. Le doigt ramène du sang.

L'examen histologique des tissus prélevés par biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire qui montre des mitoses assez nombreuses. La tumeur paraît très envahissante, procède en nappe avec peu de réactions du stroma (Prof. Sabrazès).

Opération le 17 mai. — Anesthésie au Schleich; durée, soixante-cinq minutes. M. le Professeur Guyot.

Opération de Wertheim sans ligature préalable des hypogastriques. Dès le ventre ouvert, des deux côtés, on sectionne les ligaments larges entre deux ligatures. Dissection des uretères des deux côtés. Ligature entre deux pinces des artères utérines. Dissection et isolement de la vessie en avant et du rectum en arrière. Incision circulaire du vagin. Attouchement à l'essence de goménol. Fermeture immédiate du vagin avec mise en place d'un drain vaginal n° 12, sans mèches. Hémostase soignée. Mickulicz. Fermeture de la paroi en trois plans avec 4 fils métalliques extra-péritonéaux. Sortie guérie un mois et demi après l'opération.

La malade, revue trois mois après à la consultation de M. le Professeur Guyot, a beaucoup engraisé depuis son opération. A l'inspection, on aperçoit à la partie inférieure de la cicatrice opératoire un point faible quand la malade tousse: *Il existe un léger degré d'éventration laissant passer deux doigts.* Le haut de la cicatrice est normal. L'examen de la vulve et du périnée ne montre rien d'anormal. Le toucher vaginal montre, au fond du vagin, la présence d'une cicatrice gaufrée, un peu dure sur la paroi antérieure droite, mais très mobile. Les ligaments larges ne semblent pas infiltrés. A l'examen au spéculum, on voit un petit bourgeon légèrement sanguinolent au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XVI.

Néo du col. — Wertheim. — Mickulicz. — Guérison.

M^{me} R... (M.), 50 ans, entre, le 3 septembre 1929, à la clinique de M. le Professeur Guyot, parce qu'elle perd du sang. La malade

avait cessé d'avoir ses règles à 46 ans. En mars dernier, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang en très grande quantité.

Vers le mois de juin, la malade est traitée au Dispensaire de Saint-André pour une gêne de l'œil gauche. Sa paupière supérieure retombait, voilant une partie du globe oculaire. Elle subit quatre piqûres sous-cutanées et, après la dernière, ses pertes de sang augmentèrent. Elle perdit abondamment depuis cette époque, tous les deux ou trois jours. Il y a huit jours, l'écoulement de sang a complètement disparu et la malade se présente le lundi 3 septembre à la consultation.

Après examen, le Docteur Villar décide son admission dans le service.

Antécédents personnels. — Mariée à 16 ans. Une fausse couche à sept mois, puis deux enfants.

Réglée à 11 ans peu abondamment; durée un jour. Variole à 20 ans. Métrite, qui dura un an, à la suite du dernier accouchement. Le premier enfant est mort à 1 an de choléra infantile. L'autre, âgé de 30 ans, est bien portant. Mari spécifique mort il y a quatre ans, à 57 ans.

Opération le 10 septembre 1929. — Opérateurs : M. le Professeur Loubat et M. le Docteur Villar. Durée de l'opération : une heure vingt minutes.

Premier temps. — Opération de Westheim. Néo endocervical du col. Epithélioma baso-cellulaire. On trouve d'abord une annexe bilatérale collée des deux côtés au petit bassin. Au ras des gros vaisseaux iliaques primitifs gauches, il existe une adénopathie manifeste semblant mobilisable et kystique. Excision des annexes; dissection du col droit facile. Cependant, l'annexite est cause d'un peu de sclérose du paramètre. Dissection soignée de l'uretère jusqu'à la vessie. Hémostase parfaite de l'utérine loin de l'utérus.

Du côté gauche, dissection beaucoup plus pénible, l'uretère est inséré, dans un tissu cicatriciel et inflammatoire abondant, qui permet difficilement de l'isoler. Dans ce tissu, on trouve un point de lymphangite suppurée qui est soigneusement passé à l'iode. Hémostase soignée.

Deuxième temps. — Ablation du ganglion hypogastrique qui suppurait; il se rompt au moment de l'ablation. Iodisation, mèche laissée

dans le petit bassin. Mickulicz à trois mèches. Fermeture en trois plans aux crins doubles.

Suites opératoires. — Choc extrême pendant trois jours. Etat très grave.

Amélioration progressive. Ablation des mèches le cinquième jour. Ablation du sac le dixième jour.

Suppuration abondante. Irrigation au Dakin.

Le quatorzième jour : Accidents de subocclusion, mais les gaz sont émis. Ventre souple. Huile ricin quotidienne. La malade rend quelques selles. Débâcle nette le 2 octobre. Etat général meilleur. Bon appétit.

Localement, la plaie ne suppure plus le 21 novembre. Il reste seulement une fistule en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION XVII.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Epithélioma du col utérin. — Wertheim. — Mickulicz. — Guérison.

M^{me} L... (N.), 49 ans, rentre à la Clinique de M. le Professeur Guyot pour des pertes de sang par le vagin.

Une biopsie pratiquée montre l'existence d'un épithélioma basocellulaire du col utérin.

Intervention le 5 décembre 1926. — M. le Professeur Guyot. Opération de Wertheim avec ligature préalable des deux artères hypogastriques. Dès l'ouverture du ventre, on aperçoit quelques adhérences au niveau du ligament large. A la palpation, on juge le cas opérable et on commence à droite, côté facile, par lier les pédicules et ouvrir le ligament large pour rechercher l'uretère, que l'on isole. On recherche l'artère hypogastrique, on la lie; on procède de même du côté opposé. On sépare et on refoule la vessie. Incision postérieure des ligaments utéro-sacrés et du péritoine. Ouverture du vagin sur le côté droit. Attouchement à la teinture d'iode. Fermeture de la paroi en trois plans avec pose de 4 fils métalliques extra-péritonéaux.

Suites. — Les mèches sont enlevées le cinquième et le sixième jour, le sac le dixième. La malade sort guérie un mois et dix jours après l'opération. Les suites opératoires ont été très simples.

OBSERVATION XVIII.

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur J. GUYOT.)

Epithélioma du col utérin. — Wertheim. — Mickulicz. — Guérison.

M^{me} C..., 46 ans, rentre à la Clinique de M. le Professeur Guyot, car, il y a trois mois, la malade a eu des pertes de sang par le vagin. Un mois plus tard, métrorragies abondantes. Pas de douleur. Amaigrissement notoire. Asthénie.

Huit grossesses, trois fausses couches. Un enfant mort à 8 mois de tuberculose pulmonaire. Règles normales. Pertes jaunâtres dans l'intervalle des règles depuis trois ans.

Au toucher vaginal, on sent un col végétant; de grosses masses bourgeonnantes, saignant facilement, occupent les deux lèvres. Corps utérin en antéversion et mobilisable. Début d'envahissement dans le cul-de-sac gauche. Un fragment examiné histologiquement montre l'existence d'un épithélioma baso-cellulaire (M^{lle} Dubreuilh).

Intervention le 3 novembre 1926. — M. le Professeur Guyot. Opération de Wertheim. Durée, soixante-cinq minutes. Anesthésie au Schleich. Section des pédicules postérieurs. A droite, le pédicule lâche. On est obligé de reprendre l'hémostase, rendue difficile par la rétraction des vaisseaux. On ouvre le ligament large droit et on dissèque l'uretère droit pendant tout son trajet pelvien. Ligature de l'artère utérine et des branches vaginales supérieures. On procède de même à gauche. On termine, sans péritoniser, par un Mickulicz à trois mètres. Drain n° 12 et mèche par le vagin laissé béant. Fil d'attente à la partie supérieure de la lésion.

Suites. — Sérum glucosé, huile camphrée.

Premier jour : Température, 38°4; pouls, 100.

Deuxième jour : Température, 38°4; pouls, 86.

Troisième jour : Température, 38°6; pouls 96. On enlève le drain vaginal.

Du quatrième au huitième jour : La malade atteint jusqu'à 39°4.

Le neuvième jour : La plaie abdominale ayant bon aspect, le Professeur Guyot prescrit un lavage au Carrel toutes les deux heures. On enlève petit à petit les mèches vers le onzième jour. Le douzième jour, le sac vient facilement. La température tombe. On supprime le Carrel le seizième jour. On le remplace par des pansements à l'éther. La plaie se referme peu à peu.

Le décembre : Il ne reste plus qu'un petit orifice où l'on introduit un drain changé chaque jour.

15 décembre : Guérison complète.

CONCLUSIONS

I. — Dans un grand nombre de cas, le Mickulicz ne doit pas être utilisé. Après l'hystérectomie, la péritonisation est la *méthode de choix* qui, dans 75 à 80 p. 100 des cas, sera soigneusement faite.

II. — Dans les infections génitales graves (pyosalpinx, pelvi-péritonite), après les opérations longues et laborieuses quand il y a du pus et des surfaces qui saignent, le drainage au Mickulicz constitue une très bonne pratique.

III. — Les malades opérées pour cancer du col sont de grandes infectées : il n'y a qu'un moyen de diminuer sensiblement la mortalité (J.-L. Faure), c'est de terminer toute *hystérectomie large, difficile* pour cancer du col, par la pose d'un Mickulicz.

IV. — Les avantages du Mickulicz sont : 1° de réaliser le meilleur drainage du petit bassin; 2° d'isoler les surfaces infectées (tranche vaginale); 3° de faire barrage pour éviter la souillure des anses intestinales; 4° de protéger les sutures dans le cas de lésions du rectum; 5° de faire l'hémostase; 6° de diminuer le shock en diminuant la durée de l'anesthésie; 7° de rendre beaucoup plus simples les suites opératoires.

V. — L'éventration après le Mickulicz est une complication exceptionnelle.

Vu : Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 novembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mickulicz. Thèse Paris, 1926.
- AUCHÉ et CHAVANNAZ. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1897.
- BATIGUE. — Traitement chirurgical de l'infection péritonéale chez la femme. Thèse Paris, 1898.
- BRENANS. — Etude clinique du drainage à la Mickulicz et inconvénients. Moyens de remédier à ces derniers. Thèse Lyon, 1893-94.
- BERGE. — Etude critique du drainage à la Mickulicz en chirurgie abdominale gynécologique. Thèse Bordeaux, 1926-27.
- BURTAUT. — Des fistules consécutives à l'hystérectomie. Thèse Lille, 1888-89.
- DELBET. — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. *Annales de gynécologie*, 1890.
- Congrès de chirurgie, 1898, t. 1, p. 71-99.
 - Des suppurations pelviennes. Paris, 1892.
- FAURE (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris, 1902.
- *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1919, p. 1038-1050. Discussion : Delbet, Quenu, J.-L. Faure.
 - Le drainage systématique à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. Société d'obstétrique et de gynécologie, séance du 10 décembre 1923.
 - *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, 14 mai 1924, p. 613. Discussion : Sur l'emploi systématique du drainage à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col.
 - Le cancer de l'utérus. Bibliothèque du cancer.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- GUILLEMOT. — Contribution à l'étude du drainage en gynécologie. Thèse Paris, 1913-14.
- GUILLOU. — Contribution à l'étude du drainage dans les opérations

- gynécologiques. Emploi de la sonde de Petzer. Thèse Paris, 1920-21.
- KEIFFER. — De la valeur du drainage de la cavité-abdominale après les interventions opératoires sur les organes pelviens. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 16.
- LEDoux. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage. Thèse Paris, 1924-25.
- LOGNOS. — Le drainage en gynécologie. Thèse Montpellier, 1912-1913.
- MADRID. — Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mickulicz de J.-L. Faure. *Presse médicale*, 26 sept. 1925, n° 77, p. 1287.
- MILLOT. — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive au drainage à la Mickulicz. Moyens d'y remédier. Thèse Lyon, 1901-1902.
- NIEL. — Technique du tamponnement à la Mickulicz. *Revue médicale*, 21 mars 1925, n° 23, p. 374.
- PAMARD. — Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie. Thèse Paris, 1902.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, Masson, p. 431.
- Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 29 février 1888, p. 209.
- QUEME ET JUDET. — Péritonisation dans les laparotomies. *Revue de chirurgie*, 1901, t. 1, p. 153.
- SÉBILEAU. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme. Paris, 1889.
- VERGNE. — De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz. Mode d'action. Indication. Conduite à tenir et en particulier des dangers d'une ablation précoce. Thèse Lyon, 1898.
- VIOLET. — Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Annales de gynécologie de Paris*, 1906.

